

# Ausdehnung der bestehenden Kurzarbeitsvereinbarung auf September 2020

**Achtung: Beim AMS ist ein Änderungsbegehren und kein Verlängerungsantrag zu stellen!**

Betreffend die Sozialpartnervereinbarung / Einzelvereinbarung über die Einführung von Kurzarbeit und die Leistung einer Kurzarbeitsunterstützung (Corona-Kurzarbeit, Formularversion 3.0)

der Ordination/Gruppenpraxis: .....

in .....

*(Ausfüllhilfe: hier sind Name und Anschrift der Ordination/Gruppenpraxis einzutragen)*

begonnen am (TT / MM / JJJJ) .....

*(Ausfüllhilfe: hier ist der erste Tag der zu verlängernden Kurzarbeitsphase einzutragen. Diesen finden Sie in Punkt I.3. jener Sozialpartnervereinbarung, welche Sie verlängern möchten und kann höchstens 3 Monate zurückliegen.)*

mit der aktuellen AMS-Projektnummer .....

*(Ausfüllhilfe: Die aktuelle Projektnummer finden Sie auf der Mitteilung der zu verlängernden Kurzarbeit in Ihrem eAMS-Konto.)*

vereinbaren die Vertragsparteien hiermit, dass der zeitliche Geltungsbereich gem Punkt I.3. der oben genannten Sozialpartnervereinbarung / Betriebsvereinbarung

**bis zum 30.09.2020 verlängert wird.**

Alle anderen Bestimmungen der Sozialpartnervereinbarung / Einzelvereinbarung bleiben unverändert aufrecht.

*(Es wird empfohlen, eine Kopie des ursprünglichen Kurzarbeitsdienstzettels zu übergeben.)*

Im Sinne des VI.8. der Sozialpartnervereinbarung / Einzelvereinbarung ist allen betroffenen Arbeitnehmer\*innen binnen zwei Wochen ab Unterzeichnung dieser Verlängerungsvereinbarung **eine Kopie dieser Vereinbarung auszuhändigen.**

Hinsichtlich der erforderlichen wirtschaftlichen Begründung wird bestätigt, dass sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (Auslastung) in der Ordination/Gruppenpraxis noch nicht hinreichend verbessert haben, sodass auch für September 2020 Kurzarbeit erforderlich ist.

## **Ordination/Gruppenpraxis**

Der/die Ordinationsinhaber/in bzw. die Gesellschafter der  
Gruppenpraxis:

---

---

(Datum)

## **Bei Arbeitskräfteüberlassung:**

### **Beschäftiger**

Der/die Ordinationsinhaber/in bzw. die Gesellschafter der  
Gruppenpraxis:

---

---

(Datum)

**WICHTIG: Die Zustimmung der Sozialpartner holt das AMS ein!**

**Österreichischer Gewerkschaftsbund Gewerkschaft der Privatangestellten,  
Druck, Journalismus, Papier**

Die Vorsitzende:

Der Bundesgeschäftsführer:

---

---

---

(Datum)

# Ärzttekammer für

.....

Der Präsident/die Präsidentin:

Die Kurienobfrau/

Der Kurienobmann:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Datum)

## ArbeitnehmerInnen

Zahl der unterzeichnenden ArbeitnehmerInnen: .....

*(Ausfüllhilfe: Hier ist die Zahl der ArbeitnehmerInnen einzutragen, welche die Vereinbarung abschließen.*

*Jeder/Jede Einzelne muss sich zusätzlich in die nachfolgende Liste eintragen und unterschreiben.*

Name

Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum

Unterschrift

.....

.....

.....